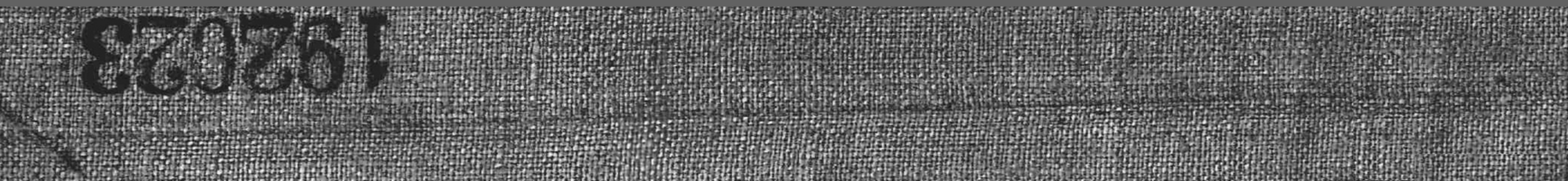
87351

Прив.-доц. Д. Я. ЭПШТЕЙН

ДУША ТУБЕРКУЛЕЗНОГО

В ОСВЕЩЕНИИ ХУДОЖЕСТВЕННОЙ И НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

С предисловием
Академика
Ф. Г. ЯНОВСКОГО

КИЕВ • 1929

ДУША ТУБЕРКУЛЕЗНОГО

Прив.-доц. Д. Я. ЭПШТЕЙН

ДУША ТУБЕРКУЛЕЗНОГО
В ОСВЕЩЕНИИ ХУДОЖЕСТВЕННОЙ И НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

С предисловием
Академ.
Ф. Г. ЯНОВСКОГО

69108

№ 192023
19 7 29
I

КИЕВ * 1929

Бібліографічний опис та шифри для бібліотечн. каталогів на цю книгу вміщено в „Літоп. Укр.Друку“ та „Картковому реперт.“ Укр. Книжк. Палати.

Государственный Трест „Киев-Печать“, 8-я типография,
улица Льва Толстого, № 5
Укрглавлит 1225. Зак. 1.—1000.

Кар'ївська держ. ... ім. В. Г. Короленка

В области туберкулеза идет теперь бурная работа по изучению всех сторон его, и все уголки его подвергаются изучению, даже, может быть, в слишком детальной степени, и лишь одна сторона остается как-бы в стороне от разработки—это изучение психики туберкулезного. А между тем, именно при этой болезни она оказывает такое могучее влияние и на соматические стороны заболевания.

Эту сторону, «душу туберкулезного», и подвергает изучению Д. Я. Эпштейн в своей работе. Он подходит к своей задаче, не с точки зрения только литературных данных, а, что очень ценно, на основании большого продолжительного опыта. Литературные же данные им вовлечены в изучение, ввиде ссылок для подкрепления своего специального медицинского исследования. Для этого автор пользовался произведениями известных беллетристов, в том числе и нашего Л. Н. Толстого. Не будем излагать содержание работы Д. Я. Эпштейна, отсылая читателя к чтению ее, которое,

кстати сказать, доставляет большое удовольствие. Скажем только, что предмет рассмотрен автором с различных сторон и доказывает многогранное изменение психики в ходе туберкулеза.

Изучение этих изменений может оказать услугу врачу, указывая ему путь и способы благотворного воздействия на течение туберкулеза у больных.

Проф. Ф. Яновский.

Памяти профессора
Ф. Г. Яновского,
Автар.

В введении к „Анне Карениной“—Толстой говорит: „Все счастливые семьи похожи друг на друга, каждая несчастливая семья несчастлива по-своему“.

Перефразируя слова бессмертного романа применительно к нашей теме, мы можем сказать: „каждый туберкулезно-больной физически несчастен по-своему, но в своей душевной структуре фтизики похожи друг на друга“.

Уже издавна душа туберкулезных привлекала внимание врачей и не врачей. Ни при одной болезни мы не встречали столько попыток углубиться в психологические проблемы, как при туберкулезе легких—красноречивое доказательство того, что мы имеем дело с единым психологическим продуктом, несмотря на отдельные индивидуальные отклонения.

Но в то время, как старые врачи, собиравшие свои наблюдения у постели больного, уделяли и психике туберкулезного свое внимание, современное поколение врачей, выросшее, главным образом, на почве патолого-анатомических и бактериологических проблем—почти совершенно игнорируют эту

сторону болезни, не только в ущерб диагностике, но и прогноза и терапии. Лишь в последние годы, когда, наряду с всесильной бактериологической эрой, выступает учение о конституции, психологическим проблемам и в области туберкулеза уделяется все больше и больше внимания.

Как выше было сказано, душою туберкулезного больного интересовались художники и писатели. Так в психологическом этюде Klabond'a „die Krankheit" („Болезнь") говорится устами одного из действующих лиц: „туберкулез вообще не болезнь, это особое состояние души и тела. Я давно хотел написать психоанализ туберкулеза" (Klabond „Die Krankheit", стр. 17).

Предоставим из художников слово великому романисту земли русской, Л. Н. Толстому. В той же „Анне Карениной" Толстой дает нам, правда, эпизодический, но великохудожественный образ туберкулезного больного, в лице Николая Левина. Остановимся на наиболее характерных, для нашей темы, местах: „Левин увидал перед собою в дверях столь знакомую, и все таки поражающую своей дикостью й болезненностью, огромную, худую, сутуловатую фигуру брата, с его большими испуганными глазами".

Он был еще худее, чем три года тому назад, когда Константин Левин видел его в последний раз. И руки и широкие кости казались еще огромнее. Волосы стали реже, те же прямые усы закрывали губы, те же глаза

странно и наивно смотрели на вошедшего. „А, Костя!“, вдруг проговорил он, узнав брата и глаза засветились радостью. Но в ту же секунду он оглянулся.. и совсем другое, дикое, страдальческое и жестокое выражение остановилось на его исхудалом лице. „Я писал вам и Сергею Ивановичу, что я вас не знаю и не хочу знать. Что тебе, что вам нужно?“

Или в другом месте Николай Левин говорит: „На том свете? Ох не люблю я тот свет. Не люблю“,—сказал он, остановив испуганные дикие глаза на лице брата.—„И ведь вот кажется, что уйти изо всей мерзости, путаницы и чужой и своей, хорошо было-бы, а я боюсь смерти, ужасно боюсь смерти“. Он содрогнулся. „Да выпей что-нибудь, хочешь шампанского. Или поедем куда-нибудь“. („Анна Каренина“ т. I, стр. 131, 132, 138, 139).

В этих коротких мазках Толстой дает нам не только физическое изображение фтизика, медленно, но неуклонно приближающегося к роковому концу (т. н. фтизический аспект), но и характерные черты его душевной структуры—неустойчивость настроений (то веселье, то желание умереть, то страх смерти).

Грубая эгоцентричность („я вас не знаю и не хочу знать“), и, наконец, слабость интеллекта (основание какой-то артели и тут же суждение о своей тяжкой болезни).

Но не только страдания, физические и душевные, Николая Левина описывает нам Толстой, он дает нам высокохудожествен-

ный и психологически верный этюд умирания больного.

„Как не страшен был брат Николай своей худобой и болезненностью прежде, теперь он еще похудел, еще изнемог. Это был скелет, покрытый кожей“.

„Вот я приехал к тебе“,—сказал Николай глухим голосом, ни на секунду не спуская глаз с лица брата.—„Я давно хотел, да все нездоровилось. Теперь же я очень поправился“...

„Ты знаешь, мне Мягков обещал место, и я поступаю на службу... Было бы здоровье, а здоровье слава богу, поправилось“...

„Теперь у них обоих была одна мысль—болезнь и близость смерти Николая, подавившая все остальное. Но ни тот, ни другой не смели говорить о ней, и потому все, что бы они не говорили, не выразив того, что одно занимало их, все было ложь“. („А. К.“, том II, стр. 170—173).

Тут мы видим, как на ряду с телесным упадком начинается душевная борьба—больной видит, чувствует свою гибель, но желание жить сильнее и получается оптимизм, столь характерный для последней стадии легочного туберкулеза.

Мастерски у Толстого также передана отчужденность больного к окружающему миру, злоба на все и всех здоровых, нежелающих, мол, ему помочь, и скрытое в недрах души окружающих чувство желания избавиться, наконец, от присутствия больного.

Если в предыдущих моментах Толстой

знакомит нас с процессом умирания Николая Левина, то для полной характеристики туберкулезного больного он изображает его нам и на смертном одре.

„Левин пошел к брату. Он никак не ожидал того, что он увидел и почувствовал у брата. Он ожидал найти физические признаки приближающейся смерти, более определенными, большую слабость, большую худобу, но все таки—то же положение...

„Блестящие глаза строго и укоризненно взглянули на входившего брата. Левин тотчас почувствовал укоризну в устремленном на него взгляде и раскаяние за свое счастье...

„На другой день больного причастили и соборовали. Во время обряда Николай Левин горячо молился. В больших глазах его... выражалась такая страстная мольба и надежда, что Левину было ужасно смотреть на это.

„После помазания больному стало вдруг гораздо лучше. Он не кашлял ни разу в продолжение часа, улыбался... и говорил, что ему хорошо, нигде не больно, что он чувствует аппетит и силу.

„Обольщение это было непродолжительное, Больной заснул спокойно, но через полчаса кашель разбудил его. И вдруг исчезли все надежды и в окружающих его, и в нем самом...

„Рассвело: положение больного было то же... Прошли еще мучительные три дня; больной был все в том же положении. Чувство

желания его смерти испытывали теперь все кто только видел его...

„Кончился — сказал священник — и хотел отойти, но вдруг—слипшиеся усы мертвеца шевельнулись, и ясно... послышались... звуки—„Не совсем... скоро“ („А. К.“, ч. II, стр. 386—408).

Здесь мы должны отметить художественную передачу смерти туберкулезного больного, колебания его душевного настроения от величайшего оптимизма до полной гибели надежды, его легкую суггестивность, его безумную жажду жизни и, наконец, так мастерски Толстым подмеченную черту туберкулезных больных—умирать медленно и при полном сознании.

У Толстого характеристика туберкулезного больного в лице Николая Левина является фигурой эпизодической, а в психологическом этюде врача-художника Артура Шницлера „Смерть“ этому вопросу уделяется центральное место. Здесь в каждом слове сказывается врач и тонкий наблюдатель, и в художественных красках он изображает перед нами туберкулезного больного, приближающегося медленно, но верно к неизбежному концу.

У Толстого и Шницлера жизнь, страдания и смерть туберкулезного больного окутаны поэтической дымкой; в недавно вышедшем большом романе Томаса Манна „Der Zauberberg“ эта тема проводится с художественным реализмом. В двух обширных томах автор знакомит нас с медицинскими

и бытовыми деталями великосветской международной санатории в Давосе, в предвоенное время.

Фабула романа проста: молодой человек Costurp приезжает в Daovs на три недели— навестить своего двоюродного брата Joachima, живущего здесь в санатории уже год. Под влиянием акклиматизации у Costurp'a обостряется старый процесс, врачи предлагают ему оставаться в Давосе для лечения, и он, потеряв понятие о времени, остается семь лет, пока великая война не освобождает его из летаргии, и на поле чести он находит свое возрождение.

В рамках простой фабулы Томас Манн, рисует нам мир врачей, сестер, больных санатории „der Zauberbeз". Всякого попадающего сюда, засасывают обычаи, однообразие жизни: „У нас тут, говорит больной Zimsen, скоро меняются понятия: мы теряем понятие о времени; единицей времени не час, не день, а месяц. Люди так свыкаются с этой жизнью, с ее однообразием, так попадают под гипноз врачей, что будучи отпущенными на волю здоровыми к родным, к семье, тянутся обратно".

„Волшебная гора", стала родиной, с внешним миром порвана духовная и физическая связь.

Жизнь обитателей, строго распределенный день с точно установленными часами для сна, еды, лежания, прогулок, повторяется с утомительным однообразием; вновь прибывщее лицо, смерть больного товарища слу-

жит сенсациями дня. Духовный мир составляют мелкие любовные интрижки или эксцессы in bacchо; духовным интересам или продуктивной деятельности нет здесь места; так герой романа говорит: „С тех пор, как я здесь, я ни разу не держал газеты в руках“. Собирание марок, гипнотические сеансы служат прикрытием пустоты и безделия: лишь отдельные и исключительные натуры уходят, отдаваясь продуктивному труду.

На страницах романа Манн описывает нам реакцию различных больных на свою болезнь, переживание тяжелых моментов и смерть.

Произведение Манна вызвало в медицинской и общей литературе бурю реакции — одни, главным образом, врачи, и в частности врачи Davos'a указывали на вред романа: незаслуженное оскорбление мед. персонала, подрыв авторитета в обществе к санатории и ее порядкам.

Среди критических статей выделяется работа доктора Lewy, проведшей в качестве больной в Davos'e в санатории больше года и наблюдавшей порядки в здравницах; ее мнение сводится к тому, что на ряду с недостатками романа, в смысле обобщения характеристики врачей и санаторных порядков, в романе выведены глубоко жизненные образы и типы; врачи должны смотреть на роман Манна не как на попытку автора дискредитировать медицину и ее представителей (что Манн и подтверждает в открытом письме к редактору „D. m. W.“), а как на

призыв улучшить порядки в санаториях, и человечески ближе подойти к своим больным, смягчить их тяжелую долю и своим влиянием способствовать их переходу к трудовой жизни.

Хотя характеристика, данная Манном в „Zauberberg'e" затрагивает жизнь в великосветской санатории в Швейцарии, тем не менее и для нас роман имеет глубоко-поучительное значение. И в наших народных санаториях далеко не все обстоит благополучно: постоянные инциденты между врачами и больными, эксцессы последних, об'ясняются не одним только недовольством пищей, режимом, а имеют свои корни в отсутствии психологического подхода врача к больному. В главе о терапии я подробнее коснусь этой стороны вопроса.

Переходя теперь, после освещения нашей темы романистами-художниками, к научному разбору интересующего нас вопроса, мы должны себя спросить—в чем состоит „особенность" души туберкулезного больного, каковы ее причины и каков должен быть наш подход к ней?

По Heinzelmann'y, к которому склоняются и другие авторы, как v. Muralt, Köhler и v. Weygandt, преобладающими чертами в психике туберкулезного являются: 1) слабость душевной и 2) слабость интеллектуальной сфер. Отсюда вытекают, соответственно конституции, среде и степени воспитания, самые разнообразные отклонения в области психической и аффективной. Наи-

более яркими чертами являются: переменчивость настроения (пессимизм и депрессия вначале, оптимизм в конечной стадии процесса—так называемое нарушение психо-физического равновесия по Köhler'y); общая раздражительность и чувствительность на малейшие физические и психические травмы; эгоизм и резко выраженная эгоцентричность (отношение к родным, окружающим), сварливость (скандалы из-за пищи, ухода). Слабость интеллекта ведет к отсутствию критики—переоценка своих физических и душевных сил; импульсивное решение важных жизненных дел. Далее, необычайная суггестивность (влияние врача, окружающих, народных средств). Отсюда частые психические инфекции в санатории под влиянием этого стадного чувства. Особенно характерной чертой в психике туберкулезного больного является лабильность настроений, от меланхолии до мании включительно, с явно циклотимическим уклоном.

Прежде чем перейти к анализу причин, создающих так называемый туберкулезный характер, коснемся слегка взаимоотношений между туберкулезом и психическими заболеваниями. По мнению v. Muralta, психоз у туберкулезных больных встречается чрезвычайно редко; по статистике Muralt'a на 1600 его больных наблюдалось два случая психоза, при этом нельзя было исключить психопатической наследственности. Новейшие исследования Liebermeister'a, Walfer'a, Hoffmann'a, а в особенности обстоятельная

работа Hanse из клиники Siemerling'a говорят в том же духе. Hanse обследовал весь психический материал клиники за время 1905—1923 годы касательно связи между туберкулезом и психозом и пришел к следующим выводам: 1) причинная связь между туберкулезом, с одной стороны—эпилепсией и параноей, с другой—не существует, 2) частое совпадение туберкулеза и dementia praecox, об'ясняется, конституционными факторами—астеническим типом Кречмера; 3) острые психозы, как галлюцинации dementia acut., встречаются при туберкулезе и должны быть отнесены к числу интаксикационных психозов (Bonhoeffer, Siemerling, Krałpelin).

Среди моего большого материала, я наблюдал за последние 6—7 лет два случая психоза; речь идет о женщинах в возрасте между 22—30 лет; у обеих процесс в легких был тяжелый; у одной из них был и туберкулез спондилит. Первая заболела гебефренией, от какой болезни и скончалась в 4-ой советской санатории. Вторая больная, женщина 32 лет, заболела острым психозом и ныне страдает им. В одном и другом случае, кроме интоксикации, психозу благоприятствовали конституционные и внешние факторы.

Обрисовавши в главных чертах так называемый туберкулезный характер на основании произведений художественной и научной литературы, мы должны несколько глубже подойти к причине, обусловливающей эти особенные свойства души туберкулезного.

В то время, как работы более отдаленного времени склонны были отдавать инфекционно-токсическим моментам преобладающую роль, новейшие авторы, Ichok, Schilder и главным образом Erich Stern, указывая на большое значение психики для возникновения телесных симптомов, видят причину туберкулезного характера в тех душевных переживаниях, которые влечет за собой для ее носителя каждая болезнь, а тем более столь длительная и тяжкая, как туберкулез.

Каждая болезнь вызывает не только целый ряд ощущений, как боль, кашель, слабость, но она доходит также до нашего сознания, как нечто цельное, мы ее переживаем; к этому переживанию (Krankheitserlebniss) у больного вырабатывается известное отношение, в зависимости от его личности; это переживание болезни является, как мы увидим из дальнейшего, тем центром, из которого исходят все факторы, об'ясняющие нам особенности туберкулезного характера.

Хотя переживание болезни является единым психическим актом, не подлежащим анализу, тем не менее, для лучшего понимания процесса, мы остановимся на рассмотрении факторов, влияющих на переживание болезни; мы различим внутренние (личные) моменты и внешние условия. К первым мы относим типичные и индивидуальные факторы. К типичным факторам принадлежат возраст, пол и национальность.

Ввиду того, что туберкулез легких—болезнь более активного возраста, то естественно, что

в этом периоде, когда впечатлительность особенно сильна, переживание болезни выражается острее, чем в пожилом возрасте.

Психика мужчины разнится от психики женщины в том смысле, что мужчина стремится к созданию социального положения, а женщина живет более чувствами и для нее материнство играет первенствующую роль. В зависимости от этой душевной дифференциации переживание болезни будет различное.

Национальность — важный фактор; представители одной и той же нации реагируют на болезнь более или менее однообразно. Антиподами в этом смысле могут служить скандинавцы и греки.

Существенным моментом для реакции является знакомство с той же болезнью или с подобными заболеваниями (воспаление легкого, плеврит) и общий уровень знаний и культуры.

Для силы и переживания болезни громадную роль играют индивидуальность, темперамент, энергия.

Из внешних факторов надо отметить характер заболевания, его симптомы, начало (острое, постепенное), предполагаемая продолжительность болезни; наконец, важным внешним моментом является социальное положение больного, личность пользующего врача и влияние всего окружающего мира.

Реакция на диагноз (туберкулез легких) у различных суб'ектов различна. По Stern'у имеются следующие типы:

I. Инфантильный тип. Сознания тяжести болезни не существует; больной видит во всем лишь положительную сторону—он, наконец, уедет из дому в санаторию, будет там жить в свое удовольствие и т. д. Среди моих наблюдений, этот тип охватывает молодых людей обоего пола — подобный тип выведен и у Манна, в лице русской больной Маруси.

II. Реакция шока. Она наблюдается чаще всего у людей активного возраста (20—40 лет). Первоначальный шок может быстро пройти и замениться депрессией или же перейти в нормальное состояние. Люди с большой жизненной энергией (по моим наблюдениям) дают эту шок-реакцию; прогноз у таких суб'ектов благоприятный.

III. Гипохондрический тип. Ничтожным изменениям они придают громадное значение, идут от врача к врачу, роются в книгах, и психогенно возникают те или иные симптомы. Подобный тип мною описан в работе „Psyche und Tuberculose“ (юбилейный сборник профессору Образцову).

IV. Тип полной надежды. Он рад, что диагноз болезни поставлен и можно, наконец, приступить к правильному лечению. Прогноз у этих больных благоприятен, ввиду их стремлений к выздоровлению.

V. Истеричный тип. Больные преувеличивают свою болезнь. Стараются из нее извлечь все выгоды, требуют от врача и окружающих особого внимания и кочуют из одной санатории в другую.

вляет, преимущественно, в сторону внешнего мира, и день его заполнен заботами о пропитании, семье, профработе,—туберкулезный больной иногда сразу вырывается из своего социального круга и выбрасывается за борт. Подобное переживание должно сильно отразиться на его психике. Жизнь кажется пустой, бесцельной, человек теряет уважение к самому себе—особенно тяжело реагируют натуры активные.

Предоставленный самому себе, больной начинает зорко следить за каждым болезненным симптомом—болезнь становится той осью, вокруг которой вертятся все его думы и помыслы. Круг интересов суживается, интерес к внешнему миру теряется, больной становится все больше и больше эгоистом. Кроме самонаблюдений, больной предается думам о будущем, о семье, о продолжительности болезни. Отсюда в большинстве случаев его пессимистическое настроение.

Таковы думы больного в сфере интеллектуальной. В области эмоций большую роль занимает надежда и страх. Больной боится ухудшения болезни, рецидивов, неизлечимости процесса, и под влиянием убеждения врача и лечения, он мечется между страхом и надеждою. Эти эмоции, как и все настроения больного, зависят прежде всего от личности больного, от окружающего мира, от влияния врача и т. д.

По отношению к лечению больные также делятся на легкомысленных, непостоянных, смотрящих безнадежно на дело, наконец,

натуры с сильной волей к выздоровлению; а там, где болезнь тяжка, эти больные находят в себе мужество примириться с болезнью и переставить жизнь на новые рельсы.

Столь продолжительная и тяжкая болезнь, как туберкулез легких, накладывает печать не только на душевный облик больного, но и на физический. Ограниченные в работе, в общении с внешним миром, удаленные от радости жизни, больные преждевременно стареют, что сказывается и на их физическом облике.

Для полного понимания личности, необходимо, кроме изучения свойств, ей присущих, ознакомиться и с влиянием окружающей ее среды. Туберкулезный больной, в большинстве случаев, попадает для лечения в санаторию, больницу, в среду незнакомых ему людей, под влияние новых климатических условий. Окружающая больного природа действует по Hellpach'y четырьмя факторами: почвой, погодой, климатом и ландшафтом.

В климате действующую роль играет температура, инсоляция, влажность воздуха и, в гористых местностях, недостаток кислорода. Больной реагирует на эти климатические факторы целым рядом болезненных явлений, которые в совокупности называются акклиматизацией (беспокойство, раздражительность, нарушение сна и аппетита).

Большое влияние на психику больного оказывает ландшафт, богатство и разнообразие животного и растительного мира.

В санатории больной попадает в совершенно новые для него условия—здесь он находится под влиянием врача, врачебного персонала, а также окружающих его товарищей по несчастью. В лечебницу больной, обычно, попадает из домашней обстановки; он лишен, быть может, домашнего уюта, он вдали от семьи и родных. В зависимости от своей конституции, больной раньше или позже привыкнет к новым условиям жизни,—но есть больные, у которых тоска по родине, по семье так велика, что она лишает их возможности оставаться в санатории.

Дома больной пользуется определенной свободой; за ним тщательный уход, все приспособленно к его желаниям, требованиям, диэте.

В санатории больной подчинен определенному режиму, который, давая больному много благ в будущем, требует от него известных ограничений и подчинений порядкам лечебного учреждения; не все больные могут сразу привыкнуть к суровому порядку дома—настроение портится, больной выливает свое неудовольствие в целом ряде инцидентов; идут жалобы на плохой уход, на пищу, на ошибки врача, на бесцеремонность соседей и т. д. Насаждение душевной теплоты, не разрушая порядка дома, есть великое искусство возглавляющего врача.

Взаимоотношения больного к товарищам различные—тут есть робкие, сдержанные и общительные.

Санатория на больного действует благоприятно в смысле уверенности, что он тут

в надлежащих руках, пользуется удобствами, слышит и видит применение новых методов лечения, наконец, убеждается на товарищах в исцеляемости туберкулеза; отрицательная сторона санатории, при более продолжительном нахождении там, влияние ухудшения и даже смерти некоторых больных, оторванность от внешнего мира, втягивание в праздную жизнь.

Из факторов, сильно влияющих на больного необходимо указать: 1) на соотношение между больными и врачем, 2) на лечение, особенно на санаторный режим.

Отношения между больным и врачем зиждутся на трех моментах—на доверии и уважении к врачу, и на авторитетности последнего. При столь длительной болезни, как туберкулез легких, обычно, один и тот же врач следит за больным, и потому их взаимоотношения приобретают характер более близкий; помимо знаний, больной ценит личность врача и требует от врача особенного к себе внимательного отношения. Врач санатории должен удовлетворить каждого своего больного и не только формально, но и по существу его индивидуальности—задача, очень трудная, и по плечу лишь тому Гиппократовскому врачу, который, кроме охвата болезни умом, умеет понять и душу больного. В санатории деятельность врача на виду у всех—каждый его шаг, его частная и общественная жизнь подвергается критике больных—и потому от врача требуется сугубый такт. От

взаимоотношения больного и врача зависит, в значительной степени, ход и течение болезни; мы видели, как различно реагируют разные больные на диагноз болезни; нигде индивидуальный подход к больному не играет такой роли, как при туберкулезе легких.

Лечение больного в санатории состоит преимущественно в гигиено-диэтетическом режиме: 6—7 часов лежать, усиленно питаться, мало ходить, регулярно мерить температуру. Этот режим охватывает все санатории, ему должны, по существующим нормам, подвергаться все больные.

В первое время, 3—4 недели, пока больной устал, охвачен новизной обстановки, этот режим проводится охотно; но если, как в западно-европейских санаториях, больной остается 6—8—12 месяцев, а иногда и больше, больной начинает сильно тяготиться. Первое время он томящую скуку заполняет чтением, шахматами, рукоделием—но эти непродуктивные занятия его не удовлетворяют; тогда пышным цветом расцветает половое чувство.

Уже издавна легочному туберкулезу приписывалось повышающее влияние на сексуальность. Нет сомнения в том, что у туберкулезных больных половое чувство повышено. Не отрицая влияния внутрисекреторных факторов (см. работу Eversbusch'a—туб. изменения щитовидной железы и вытекающее отсюда преобладание половых желез), а также токсических моментов, мы должны главную причину этой повышенной сексуальности, искать во внешних факторах—в тех

новых условиях жизни, в которые больной попадает, благодаря своей болезни.

Тут играет роль: 1) возраст—туберкулез поражает, главным образом, людей в период полового расцвета, 2) пол—женщины более сдержаны, чем мужчины, быть может, отчасти из-за боязни забеременеть, 3) сама болезнь, которая, меняя мировоззрение, делает человека более легкомысленным и заставляет жить „во всю“, 4) весь режим: усиленное питание, отсутствие движения, праздность, к тому в санатории еще заразительный пример, близкий контакт с другим полом, разлука с женой или мужем—все моменты, благоприятствующие повышению сексуальности. Повышенная сексуальность и связанные с нею переживания (флирт, любовь) нередко плохо влияют на ход болезни.

Из вышеизложенного мы видели, что течение легочного туберкулеза в значительной мере зависит от психических факторов. Переживание болезни, пребывание больного в санатории или больнице накладывают определенную печать на его психику, отрывают его от действительной жизни и этим—наносят ему большой вред. Поэтому мы, врачи, должны поднять вопрос—как избегнуть всего этого—как вернуть больного к жизни и труду?

Каковы психологические и педагогические проблемы, которые ставит перед нами туберкулез?—1) Устранить все вредные моменты для больного во время лечения, 2) поддерживать в больном волю к выздоровлению и этим способствовать его возвращению к жизни.

канских санаториях, — больные работают в саду, в санаторных мастерских; врачи отмечают благоприятное влияние на физику и психику больных, а также и на дисциплину.

Такие же утешительные результаты сообщают и немцы (Koppert, Iunker, Pischinger).

У нас трудовая терапия, по данным Н. Введенской („В. Т." 1927 № 3) применяется с успехом с 1921 г. в санатории Н. К. З. в Крюкове, в Захарино, а также и в других московских туберк. санаториях.

Благотворные результаты этой трудовой терапии требуют, как правильно замечает Введенская, коренной реформы нашего санаторного режима, а именно: 1) Удлинения пребывания в санатории, не менее трех месяцев, 2) пересмотра гигиено-диэтического метода лечения, как фактора, пригодного для всех больных, особенно в части его касающегося Liegecur, 3) жесткого отбора больных в санатории, в том смысле, что больные с помощью более длительного пребывания в лечебном учреждениии посредством трудовой терапии, стали бы пригодными для активной жизни.

Кроме психо- и труд-терапии необходимо поддерживать настроение больных и связь с внешним миром путем докладов на общеобразовательные темы, устройством кружков самообразования и развлечением вокально-музыкального характера. Так в Давосе, этом международном центре для туберкулезных больных, поднят вопрос об образовании

научных курсов, своего рода университета, где молодые люди, вырванные болезнью из родных учебных заведений, могли бы продолжать и закончить свое образование. Помимо чисто учебных целей, эти курсы, в ряды которых стали художники, писатели и ученые всей западной Европы, должны служить источником образования и просвещения для туберкулезных больных.

Из сказанного видно, какое широкое и благородное поле открывается для врача-фтизиотерапевта в области изучения и лечения души больного. И если мы, в заключение, спросим себя, каков должен быть образ врача, умеющего обнять и понять личность туберкулезного больного, то ответ на этот вопрос мы находим в воспоминаниях именитого немецкого клинициста L e y d e'n a, где он устами философа Seneci так характеризует облик врача-человека: „Мой врач заботится обо мне не только в силу долга своей профессии; он трепещет за меня, а не за честь своего искусства. Он не довольствется пропиской лекарств, он мне их преподносит собственной рукой. Он идет к моим взволнованным родным, дабы утешить их. В критические мгновения он стоял у моего ложа. Не было такой трудной и отвратительной работы, которой он бы не выполнил для меня. Мои стоны он не может слышать без скорби. Этому человеку я об'язан не только, как врачу, но и как другу. В состоянии-ли я когда-нибудь отблагодарить его за все, оказанное мне!“

Цена 45 коп.

Переиздано в 1948 г.

СКЛАД ИЗДАНИЯ
МЕДИЦИНСКИЙ
КНИЖНЫЙ МАГАЗИН
„НАУЧНАЯ МЫСЛЬ“
Киев, ул. Ленина № 12.